

事務連絡  
年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会 あて

### 診療報酬明細書の返戻（取下）依頼書

保険医療機関等コード \_\_\_\_\_  
保険医療機関等名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者氏名 \_\_\_\_\_

保険者番号	被保険者証		診療年月	入外	被保険者名（カナ）	請求点数	生年月日	性別	理由
	記号	番号							